

Tema de reflexión

Los años dorados

José Trinidad Sánchez Vega,¹ Jorge Tay-Zavala,² Dora Ruíz Sánchez²

¹ Unidad de Medicina Familiar No. 19, Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Laboratorio de Parasitología, Dpto. Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM.

Gracias al mejoramiento de la calidad de vida, así como de los progresos científicos, hoy en día se ve incrementada la vida media de los individuos, lo que genera un aumento en la población de ancianos. Por un lado, esto parece magnífico y optimista, sin embargo, para muchas sociedades la vejez continúa representando un problema, pasando por alto que esta etapa de la vida es producto de la historia personal del individuo que conlleva tanto cambios fisiológicos, como el deterioro paulatino de la mente y la pérdida de la adaptabilidad a la evolución de la vida moderna.^{1,2} Debemos tener presente que el viejo es también un ser humano, miembro de la sociedad y con el derecho de elegir libremente la forma en que ha de vivir, contar con los recursos y apoyos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas de atención médica, social y psicológica, lo que no debe ser un asunto de caridad, sino el ejercicio de un derecho social, y recordar que el hecho de haber alcanzado la etapa de la tercera edad, no significa que haya llegado la hora de su muerte.^{3,4}

La experiencia acumulada en las personas de edad avanzada, es un recurso que aún no aprendemos a aprovechar; por el contrario, actualmente son rechazadas y abandonadas y tal parece que nos son indiferentes, dado que día a día se abre más la brecha entre sus necesidades socioeconómicas y los servicios y remuneraciones de que disponen. Todo esto se ha ido acentuando por el deterioro actual de los valores socioculturales que ofrecen imágenes deformadas del proceso del envejecimiento y de la ancianidad. Claro está que esto guarda un estrecho paralelismo con la capacidad económica de los países pero desgraciadamente en todos lados los valores, necesidades y servicios son medidos en términos de inversión y rentabilidad financiera y la productividad del hombre se expresa sólo en términos monetarios.⁵ En la república mexicana, a diferencia de otros países en vías de desarrollo, aún existe un buen número de familias que comparten su vivienda, con personas mayores de 60 años, fenómeno derivado de factores culturales. Por otra parte, basta observar y conversar con esos ancianos para comprender que no les inquieta tanto la muerte, como la posibilidad de sufrir un largo periodo de incapacidad y rechazo y los atemoriza más ser recluidos en residencias o asilos en los que son descuidados e incluso abandonados por sus familiares quienes no quieren asumir la

responsabilidad de proporcionarles la atención debida. Saben que en esos lugares no se les administran adecuadamente sus medicamentos, son mal alimentados, desarrollan escaras y úlceras de decúbito, sufren caídas que provocan fracturas, etc., situaciones que privan al anciano de una buena calidad de vida al final de sus días.^{6,7}

Por lo regular, una gran mayoría de estas personas que habitan en las ciudades, viven a expensas de una ridícula pensión, producto de los planes económicos y de financiamiento de los sistemas de retiro del país; en el campo, su actividad continúa por cierto tiempo, aunque cambia el tipo y la intensidad de sus labores, pero obviamente, no se cuenta con esquemas que proporcionen un ingreso regular suficiente, ni mucho menos algún tipo de seguridad social. Todo esto genera la llamada “migración urbana”, en aras de buscar el mejoramiento de las opciones de calidad de vida. No obstante, este fenómeno más que benéfico redunda en un deterioro de su bienestar, ya que la subsistencia es más costosa, existe un menor acceso a la disponibilidad de alimentos, el transporte es insuficiente, no hay oportunidades de empleo y la inseguridad física es mayor; todo ello se añade a la pobreza, al aislamiento, la soledad, la incertidumbre del futuro, a los problemas de salud, las enfermedades crónicas, los accidentes, disminución de la capacidad mental, factores que ocupan las primeras causas de morbilidad.⁸

Ante este panorama y tomando conciencia de nuestro desempeño como médicos, ¿cuál es nuestro papel? ¿Tenemos presente ante un paciente de la tercera edad la existencia de fenómenos tales como la pérdida de la memoria, la soledad y la disminución de la capacidad intelectual? ¿Nos importa en realidad todo esto, o nos hacemos copartícipes de la indiferencia y prescribimos una “polifarmacia” rutinaria sólo para semiocultar los verdaderos problemas? Recordemos que al introducir al organismo diferentes fármacos, los procesos de absorción, distribución, asimilación y eliminación, y toda la farmacocinética se afecta agregando cambios biológicos que, independientemente de las enfermedades provoca nuevas molestias.

Cabría recordar que esa terapéutica farmacológica no resuelve el problema médico pero sí puede crear “*per se*” otro tipo de sintomatología más difícil de resolver.⁹ En cambio

olvidamos recomendar los programas de ejercicio físico para ancianos, que incrementan funciones tanto físicas como intelectuales y ofrecen una excelente alternativa para mejorar la calidad de vida.¹⁰

Además y para cumplir con el paradigma de que “la razón debe imperar sobre la emoción”, y que la ética médica prescribe que la responsabilidad consiste en el cuidado del enfermo como ser humano y que incumbe no únicamente al médico sino al que acompaña, comprende y cuida, al que sufre y padece de incertidumbre, que inclusive desconfía de los métodos diagnósticos y medidas terapéuticas modernas que por su complejidad y costo. Todo ello plantea con frecuencia nuevas preocupaciones al paciente y sus familiares, afectan la calidad de vida y lo hacen dudar de sus propias creencias, perspectivas y metas.¹¹

Nuestro desempeño será más noble si asumimos la responsabilidad de que hoy en día, no basta con prevenir ni sanar síntomas y molestias, sino que hay que comprender y ayudar a proporcionar una vida plena y tranquila, sobre todo al final del camino.

Referencias

1. Lalu RE. Changes in the quality of life of cerebral stroke patients in the first year after rehabilitation. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36(6): 484-491.
2. Sitjas-Molina E, San José-Laporte A, Armadaus-Gil L, Mundet-Tudori X, Villardel-Torres M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003; 32(5): 282-287.
3. Bennett JA, Flaherty-Robb MK. Sigues affecting the health of older citizens: meeting the challenge. *Online J Issues Nurs* 2003; 8(2): 2.
4. Vogel W. Ethical considerations in 2005 on geriatric patient's end of life. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38Suppl. 1: i28-i30.
5. Adler NE, Newman K. Socioeconomics disparities in health: pathways and policies. Inequality in education, income, occupation exacerbates the gaps between the health “haves” and “have-nots”. *Health Affairs* 2002; 21: 60-76.
6. Kappss MB. AT least mom will be safe: The role of residents safety in nursing home quality. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(3): 166-167.
7. Ortiz de la Huerta D. Panorama sociodemográfico en América Latina. Siglo XXI. Atención Integral del Anciano. Antología. Dirección General del Personal Académico. Dpto. Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. 1993: 7-15.
8. Zahrn HS, Moriarty DG, Zack MM, Koban R. Public health and aging: health-related quality of life among low-income persons aged 45-64 years. United States, 1995-2001. *MMWR* 2003; 52(46): 1120-1124.
9. American Geriatrics Society. Medical treatment decisions concerning elderly persons. New York, AGS, 1987.
10. Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatry Soc* 2005; 53(1): 1951-1956.
11. Weet SG. Future of caring for an aging population: trends, technology and caregiving. *Stud Health Technol Inform* 2005; 118: 220-230.